FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1877 | **THÈSE** | N° 164

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 30 *avril* 1877, *à* 1 *heure.*

PAR CHARLES LARROQUE

Né à Belvès (Dordogne), le 14 mai 1851.

ÉTUDE

SUR

LE PTÉRYGION

Président de la Thèse : M. TRÉLAT, *professeur.*

Juges : MM. JACCOUD, *professeur.*
LANNELONGUE, TERRIER, *Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MEDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1877

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. VULPIAN.
Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	CHAUFFARD
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	N. TRELAT.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	GUBLER.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	PARROT.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.). LASÈGUE. HARDY. POTAIN.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. BROCA. VERNEUIL.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ.

Professeurs honoraires :

MM. BOUILLAUD et baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ANGER.	CHARPENTIER.	FERNET.	LECORCHÉ.
BERGERON.	DAMASCHINO.	GARIEL.	LEDENTU
BLUM.	DELENS.	GAUTIER.	NICAISE.
BOUCHARD.	DE SEYNES.	GUÉNIOT.	OLLIVIER.
BOUCHARDAT.	DUGUET.	HAYEM.	RIGAL.
BROUARDEL.	DUVAL.	LANCEREAUX.	TERRIER
CADIAT.	FARABEUF.	LANNELONGUE.	

Agrégés libres chargés des cours complémentaires.

urs clinique des maladies de la peau	MM N.
— des maladies des enfants	N.
— des maladie mentales et nerveuses	BALL.
— de l'ophthalmologie	PANAS.
des maladies des voies urinaires	GUYON.
— des maladies syphilitiques	FOURNIER
...el des travaux anatomiques	Marc SEE.

Le Secrétaire : A. PINET.

Par délibération en date du décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Hommage de piété filiale.

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TRELAT

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR VERNEUIL

MM. LES DOCTEURS HÉRARD, LANCEREAUX,
DESPRÈS, TILLAUX

Je prie M. A. DESMARRES, professeur libre d'ophthalmologie, d'agréer tous mes remerciements.

ÉTUDE

SUR

LE PTÉRYGION

Introduction. — Notre pensée, en choisissant la question du ptérygion comme sujet de notre thèse, n'est pas d'ajouter quelque chose de nouveau à l'histoire de cette affection. Nous n'ignorons pas cependant que de nouvelles recherches sont à faire pour fixer les idées sur ce point de l'oculistique.

Il eut été, en particulier, fort intéressant de donner sur le développement et la forme singulière de cette production morbide une explication qui pût s'appliquer à tous les faits, car les hypothèses diverses qui ont été émises sont loin de satisfaire complétement l'esprit. Mais, pour cela, il faudrait une habitude de l'interprétation des faits pathologiques que nous n'avons pas. Notre but sera plus modeste.

Ayant eu l'occasion, en suivant la clinique de M. Desmarres fils, d'observer trois cas de récidive, nous avons voulu par nous-même faire une étude de cette maladie, exposer les opinions des auteurs, chercher à les

concilier avec les faits et appeler de nouveau l'attention des oculistes sur un procédé opératoire connu depuis longtemps, mais délaissé de nos jours, à en juger d'après les publications récentes.

Après avoir suivi le plan ordinaire commun à toutes les descriptions de maladies, nous terminerons en rapportant douze observations que nous avons recueillies dans le cours de 1876.

Nous nous estimerons heureux si, dans ces quelques pages, nous réussissons à donner le résumé de la science sur cette question et à ne pas défigurer les leçons de nos maîtres, dont nous réclamons toute la bienveillance.

Définition et Description. — Le ptérygion (synonyme, onglet celluleux, pinna, sagitta), de πτέρυξ aile, est une hypertrophie d'une des portions de la conjonctive et du tissu cellulaire sous-jacent qui correspondent à l'un des muscles droits et presque toujours au muscle droit interne. C'est un épaississement de cette muqueuse plutôt qu'une tumeur s'accompagnant d'une dilatation des vaisseaux de la région et affectant généralement la forme d'un triangle dont la base repose sur le cul-de-sac oculo-palpébral, tandis que son sommet qui est quelquefois blanc et opaque est dirigé vers la cornée, sur laquelle il tend à empiéter sans jamais dépasser son centre, lorsqu'il l'atteint. Cette hypertrophie, superficielle et limitée, est due toujours à une augmentation simultanée du nombre et du volume des éléments anatomiques qui entrent dans la structure de la membrane muqueuse qui tapisse la sclérotique et n'intéresse jamais cette dernière membrane. Elle offre cela de particulier,

que l'exagération de nutrition peut porter isolément sur chacun d'eux ; la maladie se présente alors à notre observation sous divers aspects qui constituent autant de variétés de ptérygion.

L'hypertrophie porte-t-elle sur le tissu cellulaire seul sans vascularisation marquée? le ptérygion est pâle, membraneux, peu saillant, c'est celui que l'on désigne sous le nom de ptérygion *tenu* ou membraneux. Les vaisseaux sanguins sont-ils très-nombreux et comme tassés les uns contre les autres? le ptérygion présente alors une apparence sarcomateuse qui a pu le faire prendre autrefois par certains auteurs pour un muscle nouveau. C'est le ptérygion *crassum*.

Cette division, qui est celle de Mackenzie, de Veller, de Rognetta, de Nélaton, et de beaucoup d'autres, nous semble répondre à la majorité des cas et satisfait à la pratique journalière. Cependant, d'après l'aspect anatomique des parties, Cuvier, Pétrequin et Desmarres ont pu en admettre quatre espèces : 1° un celluleux, 2° un vasculaire, 3° un charnu, 4° un graisseux. Ce dernier, rejeté par Nélaton qui le qualifie de faux ptérygion, serait pour cet auteur uniquement formé par un peloton graisseux. Wecker de son côté, s'appuyant sur ce que l'examen au microscope ne lui a jamais révélé cet élément qu'en très-petite quantité, eu égard aux autres éléments constitutifs de la muqueuse, dit que c'est à tort que l'on a désigné une espèce de ptérygion sous le nom de graisseux. D'après cet auteur, on n'aurait admis cette variété qu'à cause de la couleur jaunâtre que présente l'onglet dans quelques cas.

Cette manière de voir ne nous paraît nullement fondée.

Il est parfaitement établi, en effet, que le tissu cellulaire lâche qui unit la conjonctive au globe oculaire renferme chez l'adulte quelques cellules adipeuses qui, comme tous les autres éléments de la muqueuse, peuvent se rencontrer dans le ptérygion. Ces cellules sont surtout multipliées dans le grand angle de l'œil, et lorsqu'elles se groupent en petites masses lenticulaires à l'extrémité du diamètre transversal, à trois ou quatre millimètres en dedans de la cornée, elles constituent ce que l'on appelle le pinguecula. D'un autre côté, la petite tumeur de ce nom se présente avec des caractères trop tranchés pour que des hommes de valeur aient pu la confondre avec cet onglet. Nous préférons admettre, et cela avec raison, croyons-nous, que dans les cas où un ptérygion de cette nature se présente à l'observation, l'hypertrophie porte moins sur les éléments propres de la muqueuse que sur les cellules adipeuses. Ces dernières se trouvant alors relativement plus nombreuses donnent à la production morbide sa coloration jaunâtre particulière.

Toutes ces variétés néanmoins ne représentent que des degrés plus ou moins avancés, que des nuances, des transformations de la même maladie. C'est pourquoi, bien qu'elles ne soient pas purement théoriques et qu'elles puissent être de quelque utilité dans le traitement de cette affection, comme la conduite du chirurgien est surtout déterminée par l'étendue plus ou moins grande de la base de l'onglet, nous pensons que la division de Mackenzie (1), qui a l'avantage de ne pas multiplier

(1) Mackenzie. Traité des maladies des yeux, traduction de Testelin, t. I, p. 348.

des espèces qui ne seraient pas toujours bien distinctes les unes des autres, est préférable à celle de M. Desmarres (1).

Si l'aspect de l'onglet varie selon la prédominance des éléments qui le constituent, il n'en est pas de même de son siége, de sa fréquence et de sa forme dans les diverses régions de l'œil. Cette production morbide, en effet, se montre à l'observation d'une manière uniforme avec les mêmes caractères que nous allons étudier.

Dans ce but, nous avons fait un relevé de toutes les opérations pratiquées par M. Desmarres fils depuis dix ans. Les résultats que nous consignons ici, sont en accord parfait avec ceux que nous avons trouvé relatés par les auteurs qui ont écrit sur ce sujet. C'est à l'angle interne que le ptérygion s'observe presque constamment. Sur 130 cas, 127 fois, il siégeait dans le grand angle de l'œil; 1 fois, il occupait les deux angles nasal et temporal; 1 fois, l'angle externe seulement; 1 fois enfin, il était quadruple et se montrait sur la conjonctive qui correspond aux quatre muscles droits de l'œil, sous la forme d'une croix de Malte.

59 fois il affectait l'œil droit, 34 fois l'œil gauche, 27 fois les deux yeux à la fois.

Son ordre de fréquence dans les diverses régions de l'œil se décompose ainsi qu'il suit :

1° Un ptérygion interne à un seul œil.

2° Un ptérygion interne aux deux yeux.

3° Un ptérygion interne et un ptérygion externe sur le même œil.

(5) Desmarres. Traité des maladies des yeux, t. II, p. 165 (1855).

4° Enfin un ptérygion interne ou externe accompagné d'un ptérygion siégeant sur l'extrémité supérieure ou inférieure, ou les deux à la fois, du grand diamètre vertical de l'œil.

Riberi et Beer (1) n'ont pas obtenu des résultats différents. Sur 105 cas, le premier l'a observé 100 fois dans l'angle interne; 4 fois dans l'angle externe; un seul descendait du sinus palpébral sur la cornée. Sur 376 cas, le second ne l'a observé que deux fois dans l'angle externe, et une fois sur chacun des muscles droits supérieur et inférieur.

Comme on le voit, le ptérygion est d'ordinaire unique sur le même œil, mais il n'est pas rare de le rencontrer sur les deux yeux à la fois; néanmoins les cas dans lesquels on a vu plusieurs ptérygions sur le même bulbe, sont nombreux aujourd'hui, et il n'est pas d'observateur qui n'ait noté cette particularité depuis que Marc-Antoine Petit et Scarpa ont rapporté des faits de ce genre.

Il est sans exemple, croyons-nous, qu'un ptérygion se soit développé primitivement sur la conjonctive qui sépare les muscles droits de l'œil entre eux. Toujours on l'a vu placé en regard de l'un de ces muscles, quelle que fût l'étendue plus ou moins grande de la conjonctive qu'il occupât.

Quand il n'en existe qu'un, il correspond au muscle droit interne; lorsqu'il y en a deux sur le même œil, ils siégent l'un en regard du muscle droit interne, l'autre sur le muscle droit externe; lorsqu'il y

Lehre von den Augenk, vol. II, p. 638 (1817).

en a quatre, chacun d'eux est situé en regard d'un des muscles droits de l'œil. Dans ces deux derniers cas, les onglets, en se dirigeant peu à peu vers la cornée, peuvent quelquefois se rencontrer au centre du miroir oculaire et déterminer une cécité presque complète. D'ordinaire cependant le ptérygion interne est plus avancé que les autres, par la raison sans doute qu'il est apparu le premier ; et il est apparu le premier, parce que cette portion de la conjonctive oculaire est son lieu d'élection, peut-être à cause de l'existence en ce point de vaisseaux plus nombreux et plus volumineux qu'ailleurs.

Le ptérygion se présente généralement sous une forme triangulaire, celle-ci devient trapézoïdale, lorsque la production morbide atteint un grand développement. Les bords supérienrs et inférieurs plus ou moins saillants au-dessus de la conjonctive saine, sont tantôt courbes, tantôt droits. S'ils sont courbes, ils regardent soit par leur concavité, soit par leur convexité, les sinus de la conjonctive. S'ils sont droits, il tranchent nettement sur la muqueuse, mais dans les deux cas ils se rejoignent sur la cornée même ou sur un point assez rapproché de l'anneau périkératique, en formant un angle plus ou moins aigu que l'on a comparé pour sa disposition à un fer de lance. Cette partie effilée est ce que l'on appelle le sommet de l'onglet.

La partie toujours plus large de l'expansion morbide qui repose sur le sinus conjonctival forme la base. L'une et l'autre diffèrent entre elles non-seulement par leur étendue, mais encore par leur aspect et les troubles qu'elles déterminent. Le sommet est constitué par

une saillie très-aiguë, rarement un peu allongée sur les limites de la cornée et de la sclérotique, mais toujours plus adhérente aux tissus sous-jacents que le reste de la tumeur. Exceptionnellement, comme l'a observé Weller (1), cette pointe se bifurque. Elle est dépourvue de vaisseaux, et sa coloration blanchâtre ne ressemble nullement à celles des tendons, quoi qu'en aient dit certains auteurs, qui peut-être, en s'exprimant ainsi, croyaient avoir affaire à un muscle nouveau dont le tendon se serait épanoui sur le tissu de la cornée. Le siége enfin de cette saillie, en menaçant directement le champ pupillaire, en fait la partie la plus sérieuse et la plus redoutable de l'onglet.

La base, au contraire, présente des bords plus ou moins droits et élevés, plus ou moins courbes et irréguliers, qui se confondent avec la muqueuse saine à une distance très-variable des culs-de-sac palpébraux. Pour l'apprécier, il est nécessaire de soulever la paupière supérieure et d'abaisser l'inférieure. Son volume, qui n'a rien de constant, n'est jamais assez considérable pour dévier les cils, empêcher le jeu des paupières et s'opposer au libre écoulement des larmes par les voies lacrymales. Elle n'adhère que lâchement aux tissus sous-jacents, est presque toujours bien distincte de la membrane semi-lunaire, et renferme des vaisseaux tantôt déliés, tantôt dilatés dont le nombre seul fait varier son aspect du rose pâle au rouge couleur de chair. C'est lorsqu'il existe de l'inflammation que cette coloration est la plus vive. Nous avons déjà dit que ce caractère avait servi

(1) Traité théorique des maladies des yeux.

à établir les variétés de ptérygions. Dans tous les cas, si on fait tourner l'œil malade vers la base de l'expansion morbide, et si on saisit cette tumeur avec des pinces à trichiasis, on constate qu'elle se laisse facilement soulever au-dessus de la sclérotique et qu'elle jouit d'une grande mobilité.

CONSTITUTION ANATOMIQUE. — Longtemps méconnue, la constitution anatomique du ptérygion n'a été nettement établie que depuis que l'usage du microscope est venu enrichir la science de données toutes nouvelles. On a émis des opinions diverses; bien qu'elles n'aient pas une grande utilité pratique, nous tenons à citer les principales, pour montrer que l'observation clinique seule des faits pathologiques ne suffit pas toujours à nous éclairer sur leur nature.

Avant Scarpa, les auteurs pensaient que le ptérygion était constitué par un tissu de nouvelle formation développé sur la conjonctive, peu adhérent avec elle. C'était un produit nouveau qui ne dérivait d'aucune membrane de l'œil et qui pouvait par son développement aller jusqu'à compromettre la fonction de cet organe. Cette manière de voir nullement soutenable devait nécessairement être modifiée par les progrès de l'anatomie. Scarpa(1), ayant disséqué cette production morbide sur le vivant et sur le cadavre, la considère comme un amas de vaisseaux variqueux placés sur la conjonctive et qui dégénéreraient en une membrane dense et opaque (Ma-

(1) Scarpa. Traité des maladies des yeux. Traducion de Leveillé, p. 184.

kenzie). Le ptérygion n'était pour lui qu'une conséquence ou plutôt un degré plus avancé de l'ophthalmie. L'expérience de tous les jours, en nous révélant des ptérygions parvenus à un développement considérable sans maladies antérieures du globe oculaire, infirme cette supposition du moins comme applicable à tous les cas.

Rogntta (1), frappé par le siége qu'affecte toujours le ptérygion, pense qu'il est dû à une espèce de carnification de l'expansion aponévrotique d'un des muscles droits: « On sait, dit-il, que les aponévroses et les expansions aponévrotiques se carnifient quelquefois, c'est-à-dire se convertissent en tissu musculaire par une déposition accidentelle de fibrine entre leur mailles. »

La place presque fatale qu'occupe l'onglet a sans doute une raison d'être, mais qui ne réside nullement dans le contact des muscles droits, car ceux-ci n'ont aucun rapport direct avec la conjonctive. Placés au-dessous de cette membrane, et contenus dans des gaînes fibreuses respectives qui émanent de l'aponévrose orbitaire, ils s'insèrent sur la sclérotique, un peu plus ou un peu moins loin de la circonférence de la cornée; mais tous bien en arrière, par conséquent, du point que peut occuper le sommet du ptérygion. La présence des artères ciliaires dans les quatre points occupés par les muscles droits, explique seule ce siége de prédilection.

Middlemore (2) et Pétrequin (3) placent dans le tissu

(1) Rognetta. Cours d'ophthalmologie. Paris 1839, p. 162.

(2) Middlemore. Treatise of the medical and physical Society of Calcutta.

(3) Petrequin. Recherches d'anatomie pathologique sur la nature du ptérygion. Annales d'oculistique, t. I, p. 467.

cellulaire sous-conjonctival seul le siége de cette maladie. Nous verrons que ces auteurs ont été trop exclusifs et que si l'onglet est dû à une hypertrophie du tissu sous-conjonctival, il est dû, bien plus encore, à une hypertrophie de tous les éléments de la membrane muqueuse qui tapisse la sclérotique.

Ce que nous venons de dire s'applique à l'opinion de M. Desmarres qui, tout en constatant que de nouvelles recherches sont à faire sur ce sujet, s'exprime ainsi dans sa dernière édition du traité des maladies des yeux. « Le ptérygion paraît consister dans l'épaississement du tissu cellulaire sous-muqueux, et dans la vascularisation et le développement aponévrotique de l'un des muscles droits. » C'est, on le voit, une opinion mixte.

D'autres, avec Mackenzie (1), considérant que la partie la plus large de l'onglet se trouve dans le grand angle de l'œil et paraît se confondre avec le repli semi-lunaire, croient qu'il est constitué par une élongation progressive de ce repli et le regardent, en quelque sorte, comme l'analogue de la membrane clignotante des oiseaux. Toutefois, l'auteur anglais reconnaît que cette hypothèse ne donne pas l'explication de tous les cas de ptérygions, puisqu'on en observe au côté temporal de l'œil, à sa partie supérieure et inférieure. Nous ajouterons que la membrane semi-lunaire étendue d'un cul-de-sac palpébral à l'autre, offre une forme, une mobilité et une disposition que n'a pas le ptérygion ; aussi, ne peut-on s'arrêter un instant à l'idée qu'elle

(1) Mackenzie. Traité des maladies des yeux. Trad. de Testelin. Paris 1856, t. I, p. 550.

puisse jamais donner lieu à l'onglet. Nous l'avons du reste, dans tous les cas que nous avons observés, trouvée parfaitement distincte des parties voisines, alors même qu'elle participait à leur hypertrophie ou à leur inflammation.

En regard de ces hypothèses, qui sont pour nous une preuve de l'obscurité qui a régné jusque dans ces derniers temps sur la nature de l'onglet, qu'il nous soit permis d'exposer les résultats fournis par l'examen histologique.

Ch. Robin, dans la nouvelle édition du Dictionnaire de Nysten (1), définit le ptérygion « une hypertrophie partielle cellulo-vasculaire et fibro-plastique de la conjonctive oculaire. »

Testelin, le savant traducteur de Mackenzie, a examiné au microscope quatre ptérygions, l'un appartenant au genre membraneux et les trois autres au genre crassum. « Nous les avons trouvés tous les quatre, dit-il, formés purement et simplement par les éléments ordinaires de la conjonctive et de son tissu sous-jacent. Ces éléments composés de la couche épithéliale du derme ou chorion muqueux, de vaisseaux sanguins et de fibres propres au tissu cellulaire, n'avaient subi aucune espèce d'altération apparente et n'étaient mélangés d'aucun élément particulier ; il n'existait surtout aucun des éléments du tissu fibro-plastique dont parle Robin. Les recherches de Vecker ont conduit cet oculiste au même résultat.

Notre excellent ami, M. Martin, chef de clinique de M. Desmarres fils, a bien voulu examiner pour nous, à

(1) Au mot ptérygion, p. 1034.

plusieurs reprises, la membrane qui constituait le ptérygion, et chaque fois, il a constaté sur le champ du microscope les éléments seuls de la conjonctive oculaire et du tissu sous-conjonctival sans altération, ni de la couche épithéliale, ni du chorion muqueux, ni des fibres du tissu cellulaire, ni des cellules adipeuses, ni des vaisseaux sanguins. Le nombre seul de ces éléments variait avec l'espèce à laquelle appartenait l'onglet.

De l'ensemble de ces faits, nous croyons pouvoir conclure à une hypertrophie simple.

Etiologie. — Excessivement rare dans le jeune âge, on l'observe surtout chez les personnes qui ont de 20 à 50 ans. On pourra s'en convaincre par la répartition suivante, qui porte sur 130 cas. Une observation de Wardrop (1) démontre cependant qu'il peut être congénital.

De	1 an	à	15 ans	»	cas.
De	15	—	20 —	4	—
De	20	—	30 —	20	—
De	30	—	40 —	44	—
De	40	—	50 —	38	—
De	50	—	60 —	11	—
De	60	—	70 —	11	—
De	70	—	80 —	2	—

L'homme y est de beaucoup plus sujet que la femme. Il s'est présenté 100 fois chez le premier, 30 fois seulement chez cette dernière. Cette fréquence, croyons-nous, n'est nullement due au sexe, mais uniquement à ce que l'homme est plus exposé que la femme, par ses occu-

(1) Wardrop. On the Morbid anatomy of the Eye, p. 27.

pations rudes et pénibles, à l'action des poussières, de la chaleur et des autres causes capables d'engendrer des conditions favorables pour le développement de l'onglet.

L'influence des climats chauds sur cette affection a été signalée par tous les auteurs. Ainsi, tandis qu'il ne se présente annuellement à la clinique de M. A. Desmarres, sur une moyenne de 5,300 malades, que 15 à 20 ptérygions au plus, Heineken (1) a pu écrire « qu'il était si fréquent à Madère qu'il y mérite presque l'épithète d'endémique. En appréciant, ajoute cet auteur, approximativement les choses, je crois qu'on peut dire qu'un dixième des paysans et des bateliers de cette île en sont atteints à un degré plus ou moins prononcé. La cause de la fréquence de cette affection, chez cette classe d'hommes, pourrait bien dépendre de ce qu'ils s'exposent constamment aux rayons du soleil le plus ardent, en n'ayant sur la tête qu'un petit chapeau de drap (carapuça) qui n'ombrage et ne protége en rien les yeux. »

Mackenzie le considère, pour le même motif, comme très-fréquent chez les personnes qui ont habité pendant longtemps les pays chauds. Il lui a été donné d'observer un ptérygion du côté interne de chaque œil, sur trois personnes; une d'elle était atteinte d'éléphantiasis et avait habité longtemps les Indes Occidentales; les deux autres revenaient des Antilles. Lawrence (2) n'a pas une opinion différente, et Rognetta n'attribue pas à une

(1) Medical repository, vol. XXII, p. 15. London 1824.

(2) Laurence. Treatise on the disease of the Eye, p. 365. London, 1833.

autre cause sa fréquence dans le midi du royaume de Naples et surtout dans la Calabre.

Santos Fernandez (1), sur 1,000 malades, l'a observé, à Tolède, sur 67 yeux appartenant à 47 sujets. Il serait superflu de multiplier les témoignages pour établir ce point désormais acquis à l'histoire du ptérygion. Nous ajouterons que l'on a remarqué que lè développement de cette production morbide était hâté par les temps chauds et humides, surtout lorsqu'ils étaient lourds, électriques, et sous l'influence des vents tempétueux, quelle qu'en fût l'origine cardinale (Decondé) (2).

On a invoqué, pour expliquer la formation du ptérygion, des causes plus actives, et parmi celles-ci l'action des poussières, quelle que soit leur nature, sur la conjonctive oculaire, occupe le premier rang. Ces corpuscules étrangers, par leur contact prolongé ou plutôt souvent réitéré, déterminent dans les tissus qui les entourent une légère excitation qui ne s'accompagne, le plus souvent, d'aucun symptôme particulier, mais capable de favoriser et d'exagérer les mouvements nutritifs dont ils sont le siége. De là, cette hypertrophie qui constitue le ptérygion, et son développement insensible qui échappe au malade jusqu'à ce qu'il ait atteint un degré assez grand. On comprend, d'après cela, que les professions soient pour un grand nombre de malades une cause prédisposante ; la plupart des opérés de M. A. Desmarres fils, appartenaient à cette classe d'hommes qui travaillent au grand air en tout temps

(1) Santos Fernandez. Annales d'oculistique, t. LXXXIII, p. 1875.
(2) Decondé. Arch. de méd. mil.. t. XV (1855). De l'emploi de l'acétate de plomb dans qüelques lésions chirurgicales.

et qui, plus que les autres, sont exposés à recevoir dans les yeux ces petits corps étrangers.

Beer (1), ayant observé le ptérygion, surtout chez les maçons, l'attribue presque exclusivement à l'action de la poussière des pierres et de la chaux sur la conjonctive bulbaire.

On a signalé, comme ayant été le point de départ d'un onglet, la présence dans l'œil d'un grain de poudre qui était resté pendant des années enchassé dans la conjonctive, les traumatismes portant soit sur la muqueuse oculaire seule, soit en même temps sur la muqueuse et les paupières. La brûlure de la conjonctive et de la cornée a donné lieu une fois à un ptérygion qui, dans ce cas, était plus dense que d'habitude et adhérait plus fortement à la circonférence de la cornée et au tissu de la sclérotique (Mackenzie). On pourrait peut-être ne voir dans ces faits très-peu nombreux qu'une simple coïncidence. Puis viennent les maladies des paupières, telles que : trichiasis, entropion enfin les inflammations de la conjonctive oculaire. Cette inflammation, que l'on observe assez fréquemment en même temps que l'onglet, sans que l'on puisse dire toujours si elle a précédé ou suivi le développement de cette production morbide, a été invoquée par divers auteurs, et surtout par Scarpa, qui ne voit dans l'ophthalmie chronique variqueuse, le nuage de la cornée et le ptérygion que des degrés d'une même maladie, comme la cause unique de cette affection. Beer rejette absolument cette étiologie et admet, tout au plus, que la conjonctive

(1) Lehre von den Augenkrankheiten, vol. II, p. 638, Wien 1817.

puisse présenter une plus grande laxité à la suite d'un état inflammatoire prolongé et traité par les émollients, mais il affirme que ces cas ne se terminent jamais par la formation d'un ptérygion. Nous partageons, presque sans réserve, cette manière de voir, et nous pensons que les inflammations concomitantes que l'on a observées dans les cas d'onglet étaient dues à la présence de ce dernier. Cependant, si l'on remarque que le développement du ptérygion est considérablement hâté à partir du moment où l'inflammation s'est déclarée, on ne pourra s'empêcher d'admettre que les ophthalmies, en donnant lieu à de petits exsudats qui siégeraient à la circonférence de la cornée, ne puissent devenir une cause de ptérygion. Ces derniers agissent alors en amenant la dilatation des vaisseaux dans la partie de la conjonctive chargée de leur nutrition, et une hypertrophie consécutive. Mais, à l'exemple de Beer, nous ne saurions voir dans l'affection qui nous occupe le résultat d'une transformation de l'ophthalmie chronique, comme le professe Scarpa, et dans cette dernière, son origine unique.

Pour Mannhardt (1), qui l'a rencontrée très-communément à Constantinople, cette maladie serait la suite d'un épiscléritis soit aigu, soit chronique, presque entièrement limité à la partie de la conjonctive qui se trouve à découvert entre les paupières.

Certains oculistes, avec Stellwagt, expliquent l'évolution de l'onglet à partir du moment où il commence à poindre sur le globe de l'œil, jusqu'à son entier déve-

(1) Annales d'ocul., t. LXIII, p. 22.

loppement, par la présence d'une petite pustule qui siégerait, tantôt sur la circonférence de la cornée, tantôt près de la base de la membrane semi-lunaire. Cette pustule, d'après eux, matrice du ptérygion, donnerait lieu en partie à une irritation, en partie à un boursouflement de la conjonctive qui, se repliant latéralement sur elle, formerait ainsi un sinus d'où partiraient désormais les vaisseaux de l'onglet conjonctival. En même temps, ceux-ci se partageraient en un nombre considérable de ramuscules, en se dirigeant vers la cornée qu'ils ne tarderaient pas à envahir. Le tissu conjonctival, à son tour, se pénétrerait de fluides albumineux, et rencontrant sur ces côtés une trame plus serrée, se replierait de manière à constituer la tumeur avec tous ses caractères.

Arlt (1) admet la même origine. Pour lui, à la suite de petits ulcères du bord de la cornée, la cicatrisation attirerait le tissu épithélial environnant. Celui de la cornée, fortement attaché à cette membrane, ne pouvant céder, la rétraction cicatricielle agirait principalement sur la conjonctive qui est assez mobile et se déplace facilement. Celle-ci, ainsi tiraillée vers le siége de la cicatrice, se plisse, s'irrite, se vascularise et forme ainsi le ptérygion.

Cette manière de voir semble recevoir une pleine confirmation dans l'observation suivante publiée par Heyfelder, professeur agrégé de la Faculté de médecine d'Erlanger (extraite du tome XXXIV des Annales d'oculistique, p. 98).

1) Artl. Die Krankheitd Aug., p. 159.

« Jacques Becket, âgé de 52 ans, maître paveur, exerce une profession qui, de l'avis de tous les ophthalmologistes, expose plus que tout autre au ptérygion. Lorsque j'examinai le malade pour la première fois, le ptérygion peu développé siégeait à l'angle interne de l'œil gauche, s'étendait un peu sur la cornée transparente, présentait une couleur blanc grisâtre et était traversé par des vaisseaux. Neuf mois plus tard, il s'était développé du côté de la cornée, présentait deux têtes arrondies, était un peu plus épais, moins transparent, et se présentait manifestement sous la forme d'un ptérygion de la conjonctive. En même temps la conjonctive palpébrale et oculaire des deux yeux était injectée; le bord palpébral présentait des ulcérations dans différents points, surtout celui de la paupière inférieure et de l'angle externe. Le malade dit qu'il lui arrive souvent en pavant que des parcelles de pierre sont lancées dans ses yeux, et se fixent tantôt dans les paupières et tantôt dans le bulbe oculaire. Il n'a pas pour habitude d'enlever aussitôt ces corps étrangers, mais il les laisse séjourner pendant toute la nuit quand même ils donnent lieu à des douleurs, à du larmoiement et à une rougeur vive de l'œil. Le lendemain lorsqu'il se lave, ces corps sortent ordinairement d'eux-mêmes, et si cela n'arrive pas le premier jour, ce sera le deuxième ou le troisième.

« Ainsi, ajoute l'auteur, cet homme laisse séjourner les parcelles de pierre dans l'œil jusqu'à ce qu'elles soient entraînées par les liquides qui lubrifient le globe oculaire, ou jusqu'à ce qu'elles deviennent vacillantes ou qu'elles soient détachées par une suppuration légère.

De cette manière, nous possédons tous les éléments qui, d'après la théorie d'Arlt sont nécessaires pour le développement du ptérygion. »

Nous voyons manifestement par l'observation précédente l'influence de l'action des poussières, mais le début du ptérygion par un petit ulcère nous échappe. Au reste, ce mécanisme qui, au premier abord, paraît tout expliquer, ne peut s'appliquer qu'à des faits très-peu nombreux. L'observation quotidienne, comme cela ressort des conditions d'étiologie que nous venons d'exposer, ne nous montre-t-elle pas en effet que le ptérygion se développe généralement sans aucun état irritatif ou inflammatoire de l'œil, sans la moindre photophobie, sans le moindre larmoiement; phénomènes qui à un degré plus ou moins élevé ne manquent jamais d'accompagner les ulcères de la cornée. D'un autre côté si l'ulcère avait sur la formation de l'onglet l'influence que lui donne Arlt, on devrait observer celui-ci très-fréquemment chez les enfants. Or cette affection est excessivement rare dans le jeune âge, et cependant les ulcérations des bords de la cornée sont on ne peut plus fréquentes. Peut-on admettre, avec M. Vecker, que à cet âge, il ne peut y avoir de ptérygion parce qu'il n'y a modification ni des vaisseaux, ni de la conjonctive, et que de plus cette dernière présente une laxité telle que la cicatrice reste sans effet sur elle? Assurément non, parce que même dans les cas où on a eu affaire à une inflammation vive, on a vu celle-ci se résoudre; l'ulcère se cicatriser sans formation de ptérygion. De plus, l'ulcère est toujours trop petit et la laxité de la conjonctive trop grande, même chez les personnes

adultes pour que nous puissions nous expliquer comment les choses pourraient se passer différemment chez l'adulte que chez l'enfant, et comment une cicatrice si petite pourrait donner lieu à des plis aussi considérables que ceux qui constituent parfois le ptérygion. Nous ne trouvons enfin dans l'aspect que présente le sommet de l'onglet rien qui rappelle les nuages et les taches de la cornée qui succèdent au traumatisme ou à une cicatrice.

En présence des cas nombreux de ptérygion développés sans inflammation antérieure ou sans cause appréciable, et de la difficulté même que l'on a à s'expliquer la formation de cette production morbide, lorsqu'elle a succédé à un état inflammatoire, on doit conclure que l'on ignore la véritable cause ou tout au moins l'action de la cause agissante.

Mais la disposition anatomique suivante, signalée par M. Tavignot dans la Revue thérapeutique médico-chirurgicale de 1853, rend assez bien compte de sa fréquence et de sa forme.

On sait, dit-il, qu'il y a quatre artères ciliaires longues, correspondant chacune à l'un des diamètres de l'œil, ou si l'on aime mieux à chacun des muscles droits; or de ces quatre troncs artériels les deux artères ciliaires latérales sont les plus volumineuses.

La membrane muqueuse en se rapprochant de la partie antérieure de la sclérotique et de la circonférence de la cornée, devient de plus en plus adhérente aux parties sous-jacentes. Ces adhérences ne sont pas seulement celluleuses, elles sont surtout constituées par des anastomoses vasculaires, déliées, d'autant plus nom-

breuses que l'on se rapproche davantage de l'un des diamètres transversaux de l'œil.

Ces vaisseaux anastomotiques ont pour but de verser dans les ramifications des artérioles ciliaires, le fluide charrié d'arrière en avant par les vaisseaux qui rampent dans l'épaisseur de la conjonctive.

Ces données anatomiques une fois admises, on s'explique très-bien le siége de prédilection au lieu le plus accessible de la conjonctive où existent plus particulièrement les anastomoses dont nous avons parlé, la forme triangulaire de l'hypertrophie muqueuse, laquelle est en rapport avec la disposition même des vaisseaux de la conjonctive oculaire, qui convergent de la périphérie au centre, comme les rayons d'une roue. Enfin, l'onglet s'observe de préférence dans l'angle interne, parce que c'est dans ce point que les corps étrangers, entraînés par les larmes, ont la plus grande facilité à s'accumuler, à séjourner et à irriter par conséquent la muqueuse.

Comme on le voit, les causes agissantes *sont purement locales*. Ni les diathèses, ni les fièvres éruptives ne donnent lieu à sa production, et c'est à tort, pensons-nous, que certains auteurs (ceux qui croient que le ptérygion est surtout dû à l'inflammation) ont cru pouvoir invoquer la scrofule comme cause de cette affection. S'il en était ainsi, les fluxions oculaires qui sont sous la dépendance de cette diathèse et de la rougeole si commune dans le jeune âge, devraient rendre le ptérygion très-fréquent chez les enfants, ce qui n'est pas.

Marche. — L'onglet débute lentement et sans dou-

leur, par une petite saillie allongée en forme de triangle toujours assez rapprochée de la membrane semi-lunaire dont elle semble n'être qu'une élongation, mais qu'un examen attentif de la région montre parfaitement distincte. A ce degré, les malades ne ressentent ni gêne, ni perturbation dans la vision, si bien, qu'il peut rester plusieurs mois sans que ces derniers, pauvres ouvriers pour la plupart, peu soigneux de leur personnes, s'en aperçoivent. C'est très-fréquemment par hasard, sur l'indication d'autrui, ou à l'occasion d'un corps étranger reçu dans l'œil malade que leur attention est éveillée. On voit alors un épaississement d'une couleur pâle, terne, comme flétrie, situé entre le bord cornéen et la membrane semi-lunaire, c'est le ptérygion tenu ou membraneux. Il persiste sous cet aspect, avec une tendance très-peu marquée à s'étendre sur la cornée qu'il n'envahit qu'au bout d'un temps quelquefois très-long, à moins qu'il ne survienne une inflammation. Dans ce cas, qu'elle soit le fait du ptérygion, ou, comme il arrive souvent, une simple coïncidence, on voit ce dernier devenir rouge, enflammé, et de stationnaire qu'il était, prendre un développement rapide. Il s'avance alors sur la cornée, et si l'état inflammatoire persiste, il ne tarde pas à atteindre le champ pupillaire qu'il peut recouvrir jusqu'à son centre.

A l'état charnu le ptérygion est en voie de progression; il cause au malade, une gêne analogue à celle d'un corps étranger qui se serait glissé entre les paupières. En même temps, s'observe la rougeur diffuse de l'œil et la secrétion muco-purulente qui accompagne

tout état inflammatoire de cet organe. Si on combat cet état inflammatoire avec avantage, le ptérygion redevient stationnaire, presque membraneux, mais il conserve son développement, une coloration un peu plus vive que celle qu'il avait avant de s'enflammer, et une tendance plus grande à s'étendre sur la cornée.

L'observation suivante de M. Desmarres (1) est une preuve de l'action inflammatoire sur le développement de l'onglet.

« Un homme portant depuis une année environ un ptérygion membraneux qui n'avait, pendant tout ce temps, fait aucun progrès, reçoit sur la paupière une goutte d'acide nitrique qui brûle profondément cet organe et produit un trichiasis léger avec un coloboma. A partir de ce ce moment, le ptérygion prend une activité nouvelle, il arrive à présent sur la cornée et il ne tardera pas, très-probablement, à forcer le malade à subir l'opération du trichiasis devant laquelle il recule. Chaque fois que les cils déviés, sont un peu longs, le ptérygion s'enflamme et présente tous les caractères d'un ptérygion sarcomateux, le malade accuse alors une certaine sensation de gêne qui pourrait aussi bien être attribuée aux cils qui frottent le globe qu'au développement des vaisseaux, et après l'extraction de ces poils il ne reste plus que quelques vascularités. »

Il ne faudrait pas croire cependant que le ptérygion ne puisse augmenter de volume qu'à la suite d'un état inflammatoire, car l'observation des faits nous montre des ptérygions qui, restés stationnaires pendant long-

(1) Desmarres. Loc cit., p. 164.

temps, se sont vascularisés et développés rapidement jusqu'à s'avancer assez loin sur la cornée, sous l'influence de causes qui nous échappent, et en dehors de toute inflammation. Quelques-unes de nos observations le prouvent. Dans le plus grand nombre des cas, cependant le développement du ptérygion est l'œuvre de l'inflammation, parce que les malades se trouvent placés dans un cercle vicieux. En effet, une inflammation de la conjonctive, quelle que soit sa nature, favorise le développement du ptérygion, mais celui-ci à son tour pouvant s'enflammer spontanément, détermine précisément par sa présence l'inflammation de la conjonctive; de sorte qu'à une époque plus où moins rapprochée de son début, l'onglet ne peut pas moins faire que d'envahir la cornée. De là, la nécessité pour le praticien de combattre l'inflammation dés qu'elle se produit.

Enfin le ptérygion recouvrant une partie de la pupille, géne l'accommodation surtout pour les distances rapprochées; il intercepte alors une partie des rayons lumineux émanés de l'objet et le fait paraître moins éclairé: mais il ne peut être la cause immédiate de la déviation du globe oculaire. Si elle se produit, cette déviation, comme celle que l'on observe à la suite de leucomes, est toujours sous la dépendance d'une autre cause. Il en est de même dans les cas où le ptérygion a été cautérisé, un tissu inodulaire, rétractile peut se former et apporter une gêne dans les mouvements du muscle droit antagoniste. Ici encore ce n'est pas le ptérygion, mais bien la cautérisation qui est la cause productrice de cette déviation.

Pronostic. — Pour bien juger la question, il nous semble que les chirurgiens auraient dû distinguer les ptérygions qui siégent exclusivement sur la conjonctive de ceux qui s'avancent plus ou moins sur la cornée, les onglets à base large de ceux qui sont effilés. J'en dirai autant de la variété et des divers procédés opératoires employés pour les faire disparaître. C'est pour n'avoir pas tenu compte de ces différences que presque tous les auteurs ont conclu indifféremment à une maladie fort peu dangereuse, alors que, d'après nous, il faut se montrer plus réservé, et ne pas trop se hâter d'augurer bien d'une affection en apparence bénigne, mais qui compromet parfois l'usage d'une fonction importante, qui récidive assez fréquemment et qui laisse toujours après elle, lorsque le ptérygion s'avance sur la cornée, une trace indélébile s'opposant ainsi au complet rétablissement de la vue.

Sans doute le ptérygion à base étroite qui reste longtemps stationnaire avant de gagner la surface cornéale n'est pas d'un pronostic grave, à ce degré, l'affectation ne fait que nuire à la régularité de l'œil et n'altère en rien la vision. Mais le ptérygion charnu à base large qui, en provoquant des inflammations répétées de la conjonctive, se prépare les moyens d'un développement rapide, est loin d'inspirer la même confiance, il s'avance alors rapidement sur le champ pupillaire et donne lieu quelquefois à une cécité complète, presque toujours à une difficulté plus ou moins grande pour obtenir une accommodation convenable, surtout pour les distances rapprochées. Beer cite deux observations, dans lesquelles nous voyons deux ptérygions siéger de

chaque côté de l'œil et se rencontrer au centre de la cornée. C'est dans ces cas qu'il n'est pas indifférent d'employer tel ou tel procédé opératoire, si l'on veut autant que possible se mettre à l'abri de récidives ou d'accidents qui nécessitent ensuite des opérations très-compliquées.

Cette manière de voir qui est celle de Szokaski et de Desmarres, est pleinement justifiée par les faits et repose sur de nombreuses observations.

Le premier de ces chirurgiens s'exprime ainsi (Bullet. Soc. médic. de Gand, février 1842), sur la fréquence de ces accidents. « La rechute du ptérygion après l'excision est un phénoméne tellement fréquent qu'il nous étonne de n'en rien trouver dans les manuels d'ophthalmologie. Parmi les 17 opérations que nous avons faites. ou auxquelles nous avons assisté, nous pourrions en citer à peine deux dont le succès aït été immédiates. Dans les autres, le ptérygion est revenu et il a fallu l'extirper de nouveau où l'attaquer par des caustiques. » Nos observations I, IV, V, viennent à l'appui de ces paroles et nous montrent l'influence du procédé sur le résultat de l'opération. Lorsque l'on a été assez heureux par ce procédé pour éviter les récidives, il est arrivé qu'on a déterminé souvent un ectropion qui s'accompagnait de larmoiement fort incommode et quelquefois des brides qui donnaient lieu à un strabisme interne. C'est dans un cas de ce genre que M. Desmarres (1), pour remédier à tous ces accidents, fut obligé de disséquer tout le grand angle de l'œil, d'atteindre les digitations

(1) Desmarres. Traité des maladies des yeux, t. II, p. 164.
(2) Gazette des hôpitaux 1851, p. 229.

du muscle droit interne, de les couper et de provoquer momentanément un strabisme externe en attirant l'œil en dehors au moyen d'un fil fixé à l'oreille du sujet.

Si l'on remarque enfin qu'il n'existe qu'une observation, celle de Raleigh (1) où un onglet épais qui occupait le côté nasal de l'œil et empiétait d'environ une ligne sur la cornée, disparut complétement par absorption à la suite d'une opération de cataracte par extraction dans laquelle la section porta sur le côté temporal de la cornée, et que les moyens médicaux ont échoué presque toujours dans le traitement de cette petite tumeur, on admettra la nécessité pour le chirurgien de se tenir dans une prudente réserve sur le pronostic de cette affection.

Diagnostic. — Après nous être aussi longuement étendu que nous l'avons fait sur la constitution, le siége, l'étiologie et la marche du ptérygion, il semble qu'il ne puisse être confondu par un chirurgien un peu exercé avec aucune autre affection de l'œil. Cependant, il est des cas où l'erreur a été commise, et certains états pathologiques comme le symblépharon, le pannus, l'épithelioma de la conjonctive, le pinguecula ont pu parfois en imposer après un examen superficiel. Nous croyons donc bien faire de dire ici rapidement quelques mots du diagnostic de ces diverses affections.

Aussi rare l'un que l'autre chez les enfants nouveau-nés, le symblépharon et le ptérygion ne se rencontrent guère que chez l'adulte. Mais tandis que le premier est

(2) Raleigh. Transaction of the méd. and physical Society of Calcutta, vol. IV, p. 357. Calcutta 1829.

toujours la conséquence d'un traumatisme (plaie, brûlure) ou d'un état inflammatoire prolongé, ayant pendant longtemps et profondément modifié la conjonctive, dans une étendue plus ou moins considérable, il est vrai, mais toujours très-appréciable, comme les ophthalmies chroniques avec ulcération, les kérato-conjonctivites catarrhale et scrofuleuse surtout dont le caractère est d'être persistantes, les ulcérations de toute nature de la cornée ; le second se développe le plus souvent à l'insu du malade qui ne s'en plaint que lorsqu'il a gagné sur la cornée de manière à gêner les fonctions de l'organe atteint. Les muqueuses en effet n'adhérent entre elles qu'autant que leurs surfaces cessent d'être intactes et qu'elles sont condamnées à un repos complet plus ou moins long. Aussi, les cautérisations trop profondes et mal conduites sur la conjonctive palpébrale atteinte de granulations ont-elles souvent donné naissance à des symblépharons ; il en est de même des injections de nitrate d'argent dans les ophthalmies gonorrhoïques. C'est dire assez que les antécédents de l'affection suffiront le plus souvent pour en faire reconnaître la nature, car l'état inflammatoire de l'œil, lorsqu'il a donné lieu parfois à la formation de l'onglet, n'a jamais présenté ce degré de gravité ni nécessité un traitement aussi énergique.

Dans tous les cas, le symblépharon est dû à un tissu cicatriciel plus ou moins court, plus ou moins inextensible, de couleur blanchâtre, qui attache le bulbe de l'œil à la paupière. C'est une bride qui simule le plus le ptérygion lorsque elle adhère au sillon oculo-palpébral. Sa forme alors est celle d'un triangle dont la base tient

à la paupière et dont le sommet plus ou moins effilé s'attache au globe de l'œil. L'onglet au contraire se présente sous la forme d'une membrane plus ou moins épaisse, plus ou moins riche en vaisseaux, située sur la conjonctive bulbaire, mais n'ayant aucun rapport avec la muqueuse palpébrale. Son sommet seul a une apparence blanchâtre et peut être confondu avec un tissu de cicatrice. Ajoutons que souvent dans le symblépharon, on peut passer un stylet derrière le pli que forme la muqueuse épaissie; cela n'est jamais possible dans le ptérygion.

L'observation suivante, extraite d'une thèse (1) de Paris, 1862, confirme en tous points ce que je viens de dire :

François D..., 19 ans, commissionnaire, se présente à la clinique de M. Desmarres, le 14 février 1862.

Le malade raconte qu'il y a cinq mois environ, il fut pris d'une blennorrhagie, à la suite de laquelle se déclara une ophthalmie blennorrhagique qui envahit les deux yeux. Il était alors dans une maison de détention, où il suivit pendant deux mois le traitement que voici :

1° Pommade avec extrait de belladone;

2° Collyre au sulfate neutre d'atropine;

3° Il subit trois cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent. A cette époque, il fut transféré dans une autre prison. On lui prescrivit :

1° Friction avec l'onguent napolitain belladoné.

2° Collyre au nitrate d'argent.

Durée de ce nouveau traitement, un mois et demi.

Le 14 février 1862, le malade vient à la clinique. Plusieurs jeunes docteurs présents, appelés à porter un diagnostic sur cet homme, prirent pour un ptérygion un symblépharon supérieur. M. Desmarres porta le diagnostic suivant :

Granulation de la conjonctive suite d'ophthamie blennorrhagique avec ulcérations multiples à droite ;

Leucome adhérent à gauche, recouvrant toute la cornée, avec

(1) Miroudat. Thèse de Paris, 1862.

symblépharon supérieur simulant un ptérygion, kératocèle à la partie inférieure.

Un stylet, introduit en arrière de la bride qui unisait la conjonctive palpébrale à la cornée, passait très-librement entre le globe oculaire et le prétendu ptérygion.

Un simple coup de ciseau en divisant la bride, rendit à la paupière l'intégrité de ses mouvements.

Avec un peu d'attention on évitera de confondre le pannus avec le ptérygion. Celui-ci est une hypertrophie particulière de la conjonctive qui n'a avec la cornée que des rapports d'adhérence, celui-là est une opacité de cette dernière membrane et fait corps avec elle. Cette différence dans le siége explique pourquoi il est si aisé d'isoler le ptérygion de la sclérotique et de la cornée lorsqu'on le saisit avec une pince; tandis qu'il est impossible de soulever les productions nouvelles qui constituent le pannus.

Ces deux états morbides au reste, diffèrent entre eux par bien d'autres côtés et s'ils ont pu parfois être confondus, cela tient uniquement à la présence de vaisseaux que l'on constate dans l'un et l'autre cas et qui au premier abord donnent à ces deux affections, un aspect assez semblable.

On n'oubliera pas que le ptérygion se développe presque toujours dans le grand angle de l'œil et que les vaisseaux qu'il renferme affectent comme lui la forme triangulaire. Le pannus au contraire débute le plus souvent par la partie supérieure de la cornée, et de là envahit quelquefois peu à peu l'étendue de cette membrane, sans jamais empiéter sur la conjonctive. Il est constitué anatomiquement par des épanchements, des organisations consécutives de matières plastiques et par

quelques filets vasculaires épars ou réunis en faisceau sur une petite étendue de la cornée, ou par un réseau vasculaire tapissant toute la surface cornéale ; les vaisseaux sont assez nombreux, flexueux et irrégulièrement entrelacés vers leur terminaison. La coloration est loin d'être la même. L'aspect de l'onglet varie du rose pâle jusqu'au rouge, couleur de chair ; son sommet seul, et dans une très-petite étendue, est blanchâtre; le pannus dans les intervalles que laissent entre eux les vaisseaux qui entrent dans sa constitution, offre uniformément une coloration jaunâtre ou même plus foncée. On ne rencontre pas enfin de pannus avec une forme aussi bien limitée que celle du ptérygion, ni avec un sommet en forme de lance ; du reste, le tempérament lymphatique du malade et des antécédents de kératites prolongées ou de conjonctivites granuleuses rebelles pourraient, dans certains cas, faire lever le doute sur l'existence d'un pannus.

Lorsque l'hypertrophie de la muqueuse bulbaire de l'œil est volumineuse et épaisse, constituant ce que nous avons appelé le ptérygion charnu, si surtout sa surface est rugueuse, on peut croire que l'on a affaire à une tumeur carcinomateuse de la conjonctive développée dans le grand angle de l'œil. La tumeur maligne, se développant d'ordinaire chez les personnes âgées, peut en effet quelquefois affecter la forme triangulaire et simuler un ptérygion.

Un cas de ce genre s'est présenté à Brown, qui l'a rapporté dans *Dublin quaterly journal of medical science*, february 1851, p. 226. Toutefois, cette tumeur maligne est le siége d'une douleur intense qui lui est particu-

lière ; elle saigne au moindre contact et adhère intimement à la sclérotique dont elle gagne peu à peu les parties profondes ; sa marche est rapide, et les vaisseaux qu'elle renferme ne forment pas, dans leur ensemble, une figure triangulaire. Ces caractères, qui s'éloignent sensiblement de ceux que présente le ptérygion, feront penser, sans hésitation possible, à une tumeur de mauvaise nature.

Enfin, on distinguera le pinguecula d'avec le ptérygion, si l'on se rappelle que cette petite tumeur, bien que siégeant presque toujours dans le grand angle de l'œil, se présente à l'observation sous une forme globuleuse et jaunâtre, d'ordinaire bien limitée, située sur l'anneau périkératique, d'où elle ne s'avance que bien rarement sur la cornée, et jamais de manière à gêner la vision. Son volume dépasse rarement celui d'une lentille, et n'approche pas de celui de l'onglet.

Traitement.—La difficulté qu'ont eue les ophtalmologistes à obtenir, non pas pour le moment peut-être, mais d'une manière complète et définitive, la guérison du ptérygion a, de tout temps, exercé leur sagacité. C'est après avoir employé les divers moyens que nous allons signaler et suivant les succès obtenus, qu'ils ont adopté, à l'exclusion de tout autre, le procédé qui leur avait réussi. Les uns ont cherché à restreindre de plus en plus en oculistique les opérations sanglantes, et ont employé uniquement des moyens médicaux ; les autres, se basant sur le degré de développement du ptérygion, ont eu recours tantôt aux moyens médicaux, tantôt aux moyens chirurgicaux, et les ont combinés même parfois

pour mener à bien une guérison commencée par le bistouri. De là un traitement médical et un traitement chirurgical.

Traitement médical. — Les principaux agents et les plus efficaces de ce traitement sont les astringents, les résolutifs et quelquefois les caustiques.

Les chirurgiens paraissent s'être souvent adressés à cette médication, avant de pratiquer une opération chirurgicale. Mais tandis que les oculistes du siècle dernier ne croyaient à son efficacité que tout à fait au début du ptérygion, les auteurs modernes ont cru pouvoir la conseiller à une période bien plus avancée de l'affection. Ainsi, Mackenzie (1) recommande très-particulièrement le nitrate d'argent. « J'ai retiré, dit cet auteur, des avantages de la solution de nitrate d'argent dans le ptérygion, même quand l'affection était presque à l'état de ce que l'on a appelé ptérygium crassum ; il en a surtout été ainsi quand il était accompagné de conjonctivite catarrhale. J'ai obtenu quelques cures par ce moyen, ainsi qu'avec le vin d'opium. »

Middlemore n'est pas moins affirmatif, mais tout en recommandant divers collyres, il établit des réserves très-judicieuses. Nous transcrivons ses paroles :

« Quelquefois, dit cet oculiste distingué, nous pouvons arrêter les progrès du ptérygion par l'usage des astringents et des stimulants. On en obtient le plus davantage quand le ptérygion est petit et de nouvelle date, et qu'il va actuellement en augmentant de volume.

(1) Mackengie. Traité des maladies des yeux, traduction par Testelin, t. I, p. 354.

Les collyres avec le sulfate de zinc, le nitrate d'argent et le sulfate de cuivre, à raison de 2 ou 3 grains sur 1 once d'eau, sont les remèdes les mieux appropriés ; on peut appliquer deux ou trois fois par jour quelques gouttes de l'un ou de l'autre de ces collyres sur le ptérygion même. Aussitôt qu'on est parvenu à arrêter les progrès du ptérygion, au moyen de ces remèdes, il faut suspendre leur usage (ce qui est surtout nécessaire lorsque le nitrate d'argent a été employé à cause de la tendance à noircir la conjonctive), car il arrive assez fréquemment que les progrès du ptérygion une fois arrêtés, ce dernier ne s'accroît plus de nouveau, ou qu'il reste du moins stationnaire pour longtemps. Si, plus tard, on s'aperçoit d'une recrudescence, on a recours à la même méthode. Enfin, les caustiques, d'après lui, feraient plus de tort que de bien. »

Ces derniers ont surtout été employés pour cautériser la plaie que laisse après elle l'extirpation de la tumeur. Dans ces cas, maniés par des mains habiles, ils ont donné de bons résultats. Mais, le plus souvent, on ne peut empêcher le développement d'un tissu inodulaire que l'on voulait prévenir, et il arrive que par suite de ses propriétés rétractiles, celui-ci entraîne l'œil dans l'angle interne et gêne l'action du muscle droit externe. On substitue alors un strabisme convergent au ptérygion. C'est pour ce motif que nous ne recommandons pas la cautérisation.

Decondé (1) préconise d'une manière absolue l'emploi de l'acétate de plomb, dans un Mémoire où il cite 12 cas

(1) Decondé. Loc. cit.

de guérison complète. D'après lui, quatre ou cinq applications de ce sel, faites de huit en huit jours ou de quinze en quinze jours suffiraient, et ce procédé serait applicable à tous les cas et à tous les degrés du mal. Tous les praticiens n'ont pas été aussi heureux que M. Decondé, car Foucher (1) a publié l'observation d'un jeune homme qui portait un ptérygion vasculo-membraneux dans l'angle interne de l'œil droit, recouvrant la cornée par son sommet, dans l'étendue de 1 milimètre et demi, et contre lequel il a tenté l'emploi de l'acétate de plomb. Après six jours de ce traitement, le malade, loin de guérir vit son état s'aggraver. Le ptérygion était plus épais, tuméfié, enflammé et recouvert d'un léger dépôt blanchâtre d'acétate de plomb. Il fut nécessaire de faire usage pendant près de quinze jours d'un collyre au sulfate de zinc pour ramener le ptérygion à l'état où il était avant tout traitement.

Ch. Deval a rapporté aussi l'histoire d'une dame chez laquelle il observa des accidents de même nature.

Quoi qu'il en soit, les oculistes sont généralement d'accord pour n'employer ces moyens médicaux que lorsque le ptérygion est tenu et à son début. Les avantages des résolutifs et des astringents ont surtout été appréciables lorsque la muqueuse hypertrophiée présentait un état congestif de ses vaisseaux, ou lorsqu'elle était affectée d'inflammation catarrhale.

Dans ces conditions, ils peuvent s'opposer au développement de l'onglet en combattant l'état inflammatoire de l'œil, mais n'ont pas une action bien marquée sur la régression de la tumeur. Les collyres à l'atro-

(1) Moniteur des sciences médicales, 1860, p. 757.

pine que l'on a employés quelquefois, n'agissent pas différemment.

Pour notre part, nous n'avons jamais vu M. Desmarres recourir à ces moyens, soit que la maladie fût trop avancée, soit qu'ils lui inspirassent peu de confiance, nous ne pouvons donc pas juger de leur efficacité. Cependant, si on remarque que le ptérygion au début peut rester un temps très-long stationnaire et sans déterminer d'accidents d'aucune espèce, on pourrait se dispenser peut-être de faire une opération et laisser les choses dans l'état où elles sont, jusqu'à ce que l'onglet se développe, s'enflamme et envahisse la cornée.

Traitement chirurgicale. — Indiqué toutes les fois que le ptérygion est considérablement développé ou lorsqu'il appartient à l'espèce que nous avons désignée sous le nom de *crassum*, ce traitement comprend plusieurs procédés, tels que les scarifications, les ligatures, l'excision. Plusieurs autres sont connus sous le nom des oculistes qui les ont imaginés. Nous en décrirons quelques-uns.

Scarifications. — En interrompaut le cours du sang dans les vaisseaux de la conjonctive hypertrophiée, par de petites cicatrices résultant de saignées méthodiquement faites au moyen d'un bistouri sur le ptérygion, on avait espéré arrêter la tumeur dans sa marche, et obtenir sa régression en lui enlevant ses moyens de développement. Les résultats obtenus n'ont pas été satisfaisants alors même que l'on avait fait suivre les scarifications de cautérisations quotidiennes, parce que les

vaisseaux ne tardent pas à recouvrer leur perméabilité. Wardrop (1) cite même un cas où les scarifications répétées, au lieu d'amener la disparition de l'onglet, ne firent que hâter son développement. Ce dernier à la fin faisait saillie entre les paupières et avait envahi la membrane semi-lunaire et la caroncule lacrymale.

Ligature. — Employée surtout par Szokaski, elle consiste à soulever le ptérygion avec une pince à dents de souris et à passer un fil à l'aide d'une aiguille entre la tumeur et la muqueuse sur trois points différents; la base, la pointe et la partie moyenne. Cela fait, on exerce au moyen des deux chefs de chaque fil une constriction sur les vaisseaux de la tumeur, et celle-ci se détache au bout de quelques jours. Ce procédé expose peu aux récidives; mais la perte de substance toujours considérable qu'il fait subir à la muqueuse entraine fréquemment de la gêne dans les mouvements du globe oculaire. C'est pour ce motif qu'on doit limiter son emploi.

Excision. — Ce procédé opératoire consiste à enlever la production morbide avec les ciseaux ou le bistouri. Suivant que l'excision porte sur une partie (la pointe) de l'onglet ou sur sa totalité, elle est dite partielle ou totale.

Certains chirurgiens, croyant se mettre à l'abri de toute récidive et, malgré tout, arrêter la maladie, dans sa marche envahissante, en ménageant complétement la conjonctive, ont été conduits à n'exciser que la pointe du ptérygion, qu'il menaçât ou non le champ pupillaire.

(1) Wardrop. *Loc. cit.* p. 155.

Dans ces cas, ils cautérisaient la plaie qu'ils venaient de faire et recommençaient la même opération jusqu'à ce que l'onglet fût pour ainsi dire enrayé et fixé sur place, par une espèce de cicatrice, consécutive aux cautérisations répétées.

Outre que cette pratique est fort longue, elle laisse le mal amoindri, il est vrai, mais faisant sans cesse craindre une récidive par sa présence. De plus, on n'a pas oublié que cette pratique peut déterminer une gêne très-préjudiciable dans l'action d'un des muscles droits.

L'excision complète a joui et jouit encore de la plus grande faveur. C'est le procédé pour ainsi dire le seul employé, peut-être à tort.

Nous verrons pourquoi dans un instant. On le pratique de la manière suivante :

Le malade étant assis sur une chaise et la tête fortement maintenue contre la poitrine d'un aide qui relève en même temps les paupières, on ordonne au malade de tourner l'œil vers la base du ptérygion et on saisit, celui-ci avec des pinces à griffes multiples s'emboîtant les unes dans les autres, le plus près possible de la partie (base ou pointe) par laquelle on désire commencer la dissection. Cela fait, on écarte l'onglet de la sclérotique et au moyen de petits ciseaux ou d'un bistouri à lame étroite, on en fait l'excision complète. Si l'on débute par la pointe, on termine l'opération en le sectionnant au niveau de la membrane semi-lunaire.

Quelques auteurs pensent qu'il est indispensable d'enlever la dégénérescence du sommet à la base (Scarpa, Bell, Chélius, Samuel Cooper, Jœger) ; d'autres au contraire, qu'on doit toujours, sous peine de la voir se re-

produire, procéder de la base au sommet (Beer, Biberi, Rosas, Stœber, Carron de Villards); mais c'est là une opinion sans valeur (Desmarres). Si nous devions pratiquer cette opération, nous rappelant l'adhérence plus grande de la pointe du ptérygion, nous pensons qu'il serait plus aisé de commencer par la base. Par ce moyen en effet, au fur et à mesure qu'on approcherait de l'insertion cornéale, on pourrait imprimer au ptérygion un mouvement de torsion qui aiderait beaucoup à son décollement et on éviterait ainsi de léser la cornée. Si malgré toutes ces précautions, il restait adhérent à la cornée des débris d'onglet, on pourrait procéder à leur enlèvement au moyen d'un raclage. L'exécution facile et rapide de ce procédé explique sans nul doute le crédit dont il jouit auprès des oculistes; mais, soit que l'on ne dissèque pas complètement la tumeur, soit que le travail de cicatrice fasse persister les conditions qui donnent lieu à l'onglet, ce manuel opératoire, tel que nous venons de le décrire, expose plus que tout autres aux récidives. S'il a été complétement disséqué, et enlevé en entier, on détermine fréquemment à cause de la perte de substance toujours considérable que l'on fait subir à la muqueuse, des accidents plus sérieux tels que l'entraînement du globe en dedans par la cicatrice, l'impossibilité pour le malade de diriger l'œil en dehors et par suite, la diplopie pour tous les objets qui se trouvent de ce côté. Les résultats obtenus par Szokaski et M. Desmarres, dont nous avons parlé à l'article pronostic, et les trois cas de récidives que nous avons personnellement observés dans le cours d'une seule année ne sont pas de nature à nous faire croire à l'efficacité de

ce procédé vanté cependant de nos jours par un oculiste espagnol, Santos Fernandez, comme applicable à tous les cas.

Nous n'ignorons pas, qu'au point de vue pratique, quelques auteurs, et M. Desmarres est du nombre, ont distingué parmi les ptérygions ceux qui sont à base large et ceux qui sont à base étroite, et qu'ils ont limité à ces derniers l'emploi de ce moyen. Dans certaines conditions en effet, il se peut que l'excision suffise, mais ces cas sont relativement rares et nous pensons que si une affection aussi bénigne en apparence que le ptérygion peut entraîner les inconvénients que nous avons mentionnés plus haut, il est sage de ne pas employer indifféremment les procédés opératoires et de donner la préférence à celui qui justifie des meilleurs résultats. C'est pourquoi nous recommandons entre tous le procédé dit par déviation imaginé par M. Desmarres et toujours employé par son fils quelle que soit l'étendue de la base de l'onglet. Nous devons dire que cette pratique a toujours réussi. Toutefois, avant de décrire ce procédé, nous tenons à en signaler trois autres connus sous les noms de leurs auteurs. Ils seront pour nous une preuve manifeste du but que se sont proposé ces oculistes, à savoir de se mettre le plus possible à l'abri des récidives ou des accidents dont nous avons parlé. Cet exposé en outre nous montrera d'une manière manifeste que le procédé qui crée les meilleures conditions pour atteindre ce but est le procédé par déviation.

Arlt (1) conseille d'enlever le ptérygion en formant

(1) Artl. Loc. cit.

une plaie losangique qui ne saurait avoir les inconvénients d'une extirpation complète. Pour cela, il fait, en partant des bords supérieur et inférieur, sur la base de l'onglet, deux incisions qui se rencontrent en formant vers la circonférence de l'œil un *V* ou la seconde moitié d'un losange, dont la première serait constituée par la pointe de l'onglet. Il enlève ensuite cette partie circonscrite en la disséquant à l'aide d'un bistouri, ou mieux en la coupant avec de petits ciseaux droits. Ce procédé, on le voit, n'est qu'une excision partielle un peu particulière et en présente les inconvénients.

Pagenstecher (1) détache le ptérygion de la sclérotique et de la cornée jusque à sa base et le renverse. Ainsi isolé des parties voisines, l'onglet ne tarde pas à s'atrophier, faute de recevoir des liquides de nutrition ; puis, pour combler la plaie qu'il vient de faire, il dissèque de chaque côté la muqueuse qui touchait au ptérygion, la fait glisser et les réunit par un point de suture.

M. Tavignot (2) opère de la manière suivante :

Dans un premier temps, il saisit le ptérygion par son sommet au moyen de pinces à griffes nombreuses, s'emboîtant les unes dans les autres.

2° *temps*. — Il soulève avec une seconde paire de pince la base de l'onglet.

3° *temps*. — Il place à l'aide d'aiguilles introduites vers la base du pli qu'on vient de former trois fils très-fins avec lesquels il fera la suture.

4° *temps*. — Il excise avec des ciseaux courbes toute la portion de l'onglet située au-dessus des fils.

5° *temps*. — Il ramène les bords de la plaie en con-

(1) Pagenstecher. Observations cliniques, 1861.

(2) Tavignot. *Loc. cit.*

tact, en faisant des ligatures au moyen des fils; ceux-ci tombent d'eux-mêmes vers la fin du quatrième jour.

Ces deux procédés tiennent beaucoup le premier de l'excision, le second de la ligature ; nous leur adresserons le même reproche. S'ils mettent à l'abri des récidives par suite de la dissection complète de l'onglet, ils doivent entraîner souvent la gêne dans les mouvements du globe oculaire, à cause de la perte de substance considérable qu'ils font subir à la conjonctive bulbaire.

C'est pour échapper à ces suites immédiates ou consécutives que M. Desmarres, qui les a signalées le premier, a imaginé son procédé dit *par déviation* dans lequel la conjonctive est rigoureusement respectée. On ne fait aucune excision et, comme son nom l'indique, on se contente de déplacer le lambeau de muqueuse malade, chose d'une exécution toujours facile à cause de la grande laxité du tissu cellulaire sous-muqneux qui en permet le glissement sur la sclérotique. Il consiste à disséquer l'onglet dans toute sa largeur et à le fixer ensuite par des points de suture dans une plaie faite à la conjonctive.

Voici comment on opère, et comment M. A. Desmarres expose ce procédé dans ses leçons cliniques, page 299 :

Dans un premier temps, on maintient les paupières écartées avec des élévateurs que l'on enfonce profondément afin de donner à l'œil une immobilité relative.

Dans un deuxième temps, on saisit le ptérygion avec une pince à fixer, dans le point où il passe de la conjonctive sur la cornée en ayant soin de le maintenir

constamment dans le champ de section, car une fois disséqué, il constitue une surface flottante quelquefois difficile à retrouver au milieu du sang qui s'écoule.

Dans un troisième temps, on dissèque la portion de la tumeur placée sur la cornée en intéressant les tissus sous-jacents. A cette fin on se sert soit du bistouri, soit du kératotome. On donnera la préférence à ce dernier qui coupe mieux de la pointe. Puis, on prend des ciseaux droits, et on achève la séparation du ptérygion d'avec la conjonctive au moyen de deux incisions faites jusqu'à sa base et suivant ses limites latérales. On pratique alors, toujours avec les ciseaux, une incision de six à huit millimètres dans la conjonctive saine à partir de la limite inférieure de la plaie résultant de la dissection du ptérygion et dirigée parallèlement à la périphérie de la cornée et au-dessous d'elle ; c'est dans la plaie qui résulte de l'écartement des deux lèvres que l'on implante le ptérygion.

Alors commence le quatrième temps qui est le dernier : on traverse avec une aiguille armée d'un fil le sommet de l'onglet, après quoi la pince à fixer devient inutile ; on fait ensuite passer l'aiguille un peu au-dessus du sommet de la plaie pratiquée dans la conjonctive au-dessous de la cornée, et on fixe le ptérygion dans sa nouvelle position en l'attachant solidement par un double nœud. Les fils sont enlevés au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures, mais on se gardera de tirer sur le ptérygion afin de ne pas rompre les adhérences qu'il a déjà contractées. Ainsi déplacé, ce dernier ne tarde pas à s'atrophier et à disparaître complètement.

Lorsque le sommet de l'onglet est trop volumineux pour se loger dans cette partie angulaire, M. A. Desmarres pratique la modification suivante dont il a souvent constaté les bons résultats. Il pratique deux incisions conjonctivales, une supérieure et une inférieure, et divisant d'un coup de ciseaux le ptérygion du sommet à la base, il fixe un de ces lambeaux dans chacune d'elles.

Il est inutile de dire qu'après chacune de ces opérations on ne négligera pas de mettre sur l'œil des compresses d'eau froide que l'on remplacera, au bout de trois ou quatre jours, par quelques fomentations avec l'eau de guimauve. On surveillera avec le plus grand soin la marche de la cicatrisation, et s'il survenait une inflammation inquiétante, on devra aussitôt recourir aux moyens généralement mis en usage dans ces cas.

Nous avons dit quelque part qu'une fois l'onglet enlevé ou dévié, il reste sur la cornée, à la place même qu'occupait sa pointe, un leucome qui a la même étendue qu'elle, et qui, autant qu'elle, gêne la vision. Cette taie, qui est le résultat soit de la modification apportée à la nutrition de cette membrane en ce point par la pointe du ptérygion, soit de l'opération elle-même, nécessite le traitement qu'on a l'habitude de faire suivre en pareil cas. C'est pourquoi, s'il arrivait que cette pointe fût assez développée pour que la moitié de la pupille ne fonctionnât plus, comme la première indication à remplir, est de rendre la vue au malade, on devrait imiter la conduite de M. A. Desmarres (1) qui pra-

(1) Desmarres. Leçons clin., p. 200.

tique l'iridectomie avant de toucher à la tumeur. Il n'est pas besoin de dire que l'on ne pourra se dispenser de pratiquer cette opération sur l'une des extrémités du diamètre vertical, lorsque le ptérygion sera double.

Ce procédé, dit par déviation, que l'on pourrait peut-être compléter en réunissant par une suture les deux bords de la solution de continuité laissée par le déplacement du ptérygion et que nous avons exclusivement vu employer, a produit dans tous les cas soumis à notre observation les résultats qu'on en attendait.

Nous n'oserions dire que les récidives sont impossibles par ce procédé; mais elles doivent être relativement rares, et dans aucun cas, les accidents que nous avons signalés, ne sont à redouter.

Pour notre part, nous n'avons jamais observé ces inconvénients ni chez les personnes que nous avons vu opérer, ni chez celles que comprend le relevé que nous avons fait.

Mieux que tout autre, en effet, il ménage la conjonctive, s'oppose en partie à une nouvelle vascularisation vers la cornée et au travail de cicatrisation consécutif à l'opération ordinaire, et substitue, à l'aide d'une sorte d'autoplastie par glissement à la conjonctive, susceptible de s'hypertrophier, une portion de muqueuse qui n'offre pas la même propriété, puisqu'il est sans exemple que l'on ait observé un ptérygion sur une des portions de la conjonctive qui sépare les muscles droits de l'œil.

Obs. I. — Ch..., homme de peine, âgé de 48 ans, d'une constitution robuste, se présente le 19 janvier 1876 à la clinique de M. A.

Desmarres, pour se faire extraire une paillette qu'il a reçue la veille dans l'œil gauche, et par la même occasion se faire débarrasser d'une petite tumeur qu'il porte à l'angle interne de l'œil droit.

Nous apprenons alors qu'il a déjà été opéré en province, il y a quatre ans, par un médecin qui coupa la tumeur au moyen de ciseaux. A ce moment, nous dit le malade, la tumeur offrait un volume moins considérable que celui qu'elle présente aujourd'hui, son aspect était moins rouge, elle s'avançait un peu sur la cornée sans toutefois gêner la vision.

Après l'opération, qui ne détermina dans l'œil qu'un état inflammatoire très-modéré qui céda au bout de quelques jours à des applications de compresses d'eau froide, Ch... reprit ses occupations comme par le passé.

Ce ne fut que trois mois plus tard qu'il s'aperçut, sur le point opéré, d'une élevure saillante, assez semblable à celle qu'il avait observée la première fois et qui, depuis lors, s'est accrue insensiblement. — Les fonctions de l'œil n'étant pas entravées, le malade a négligé jusqu'à présent de recourir à une nouvelle opération.

Aujourd'hui, on constate à l'angle interne de l'œil droit l'existence d'un ptérygion vasculo-membraneux dont la base atteint près de 0,006 mill. d'étendue, et dont la pointe blanchâtre à son extrémité s'avance assez loin sur la cornée sans atteindre le champ pupillaire. Sa couleur, d'un rouge assez vif, est due à la présence de vaisseaux déliés et très-nombreux; ses bords sont très-nets, et dans son ensemble la tumeur est parfaitement distincte et de la conjonctive et de la membrane semi-lunaire.

Si l'on cherche à s'éclairer sur la cause de cette affection, le malade déclare n'avoir jamais eu mal aux yeux, mais sa profession l'obligeant à travailler en plein air et dans des atmosphères poussiéreuses, il lui arrive souvent de recevoir des corps étrangers dans les yeux. — Traitement. Procédé par déviation modifié par M. A. Desmarres.

La tumeur est détachée de la cornée et de la sclérotique jusqu'à sa base, puis séparée en deux parties. La conjonctive fendue en haut et en bas, en partant de la base de la membrane, donne deux plaies où chaque moitié est fixée par un point de suture. — On recommande les compresses d'eau froide sur l'œil.

Le 20, légère inflammation. Le malade se plaint beaucoup des

fils restés dans l'œil. — On continue les compresses d'eau froide.

Le 21, l'inflammation a diminué et les fils sont tombés, la réunion est presque complètement opérée. — On dit au malade de faire quelques fomentations avec de l'eau de guimauve et de revenir à la consultation dans trois semaines.

Le 25 février, le malade est revu, la guérison est complète, il ne reste plus sur la cornée qu'une petite taie à la place qu'occupait la pointe de l'onglet, mais elle ne nuit en rien à la vision, car elle est située en dehors du champ pupillaire. — Le ptérygion s'est atrophié et la muqueuse offre un aspect normal.

Obs. II. — B.., agé de 28, ans, marchand de bois, vient consulter le 21 février, pour un ptérygion interne qu'il porte à l'œil droit.

Au dire du malade, l'affection remonterait à 30 mois et aurait débuté sans cause connue.—Pas d'antécédents inflammatoires.— Depuis, cette petite tumeur, qui a toujours présenté la forme que nous constatons, sinon le volume, a progressé insensiblement sans provoquer de trouble d'aucune espèce.

Aujourd'hui elle s'offre à nous avec une base qui occupe les deux tiers de l'angle interne, mais sans se confondre avec la membrane semi-lunaire ; cette dernière n'est pas plus développée que celle de l'œil gauche et ne participe nullement à l'hypertrophie. Ses bords sont droits, tranchent nettement sur la muqueuse saine et vont se terminer à angle aigu sur les limites de la cornée, sur laquelle ils empiétent d'une façon marquée. — Le sommet est plus saillant et plus élevé que le centre de la tumeur, mais dans son ensemble cette dernière ne renferme pas des vaisseaux très-nombreux et sa coloration est d'un rouge bien pâle. — La tumeur est opérée le jour même par le procédé dit par déviation. Compresses d'eau froide, puis fomentations avec l'eau de guimauve. Aucun accident soit primitif, soit consécutif. — La guérison est complète le 10 Mars.

Obs. III. — D..., chaudronnier, âgé de 40 ans, vient trouver M. Desmarres le 27 mars pour se faire enlever un ptérygion qu'il porte à l'angle interne de l'œil droit.

Le malade ne peut nous donner aucun renseignement sur le début de son affection, qu'il fait remonter au mois de mai de l'année précédente. Il ne peut également nous signaler aucune cause

particulière capable de l'avoir déterminée; il nous dit cependant qu'il lui arrive fréquemment de recevoir des corps étrangers dans l'œil, et bien que cette petite tumeur n'ait jusqu'à présent donné lieu à aucune gêne, il en demande l'excision parce qu'elle a grossi beaucoup depuis deux mois et qu'il craint de perdre la vue.

Le ptérygion que nous observons est très-vasculaire, atteint à peine la circonférence de la cornée et n'offre qu'une base assez étroite. Rien de particulier au reste à signaler.

La tumeur est enlevée le jour même par le procédé dit par déviation. Pas d'inflammation consécutive. Le malade est revu le 5 avril, la guérison est complète.

Obs. IV. — Le 1er mai 1876, se présente le nommé R..., charretier, âgé de 51 ans, porteur d'un ptérygion dans l'angle interne de l'œil droit.

Le malade raconte qu'il y a deux ans, étant atteint de la même maladie, il alla consulter un médecin qui lui enleva sur le champ avec un bistouri les *chairs* qu'il avait dans l'œil. Il ne peut nous renseigner sur le début de ce premier onglet, mais quelques jours après l'opération, lorsque l'état inflammatoire eût disparu, il s'aperçut nettement que les chairs n'avaient pas été entièrement coupées ; pensant que ce qui restait disparaîtrait avec le temps il ne s'en inquiéta pas.

Cependant, exposé par sa profession, à travailler en plein air et à recevoir dans les yeux toute sorte de poussières, il lui arrive fréquemment d'avoir des conjonctivites, et il a remarqué qu'après chacune de ces maladies, ce qu'il avait dans l'œil droit grossissait.

Aujourd'hui, il présente à notre observation un ptérygion charnu, compliqué d'une légère ophthalmie catarrhale ; la base est très-développée et occupe l'angle interne presque en entier, tandis que la pointe, qui dans une très-faible étendue est grisâtre, s'avance légèrement sur la cornée; les bords sont saillants et forment un relief très-accusé sur la muqueuse saine. De la base à la pointe, l'onglet est sillonné par de nombreux vaisseaux très-déliés qui lui donnent une coloration d'un rouge très-vif.

La membrane semi-lunaire et la caroncule lacrymale sont enflammées, comme le reste de la muqueuse, et légèrement hypertrophiées. L'opération est pratiquée le jour même : on emploie le procédé par déviation modifié. — Compresses d'eau froide, collyre au sulfate d'alumine.

Le 3, les fils sont tombés, l'inflammation est un peu vive. — On continue le collyre et on recommande au malade de faire plusieurs fois par jour des fomentations avec de l'eau de guimauve.

Le 8, l'inflammation a complètement disparu, l'onglet est déjà en voie de régression.

Le 25, la guérison est complète.

On recommande au malade de revenir à la consultation s'il s'aperçoit d'une récidive. On ne l'a pas revu.

Obs. V. — Le 22 du même mois, se présente à la consultation Mme V..., journalière, âgée de 26 ans.

Elle porte un ptérygion interne à l'œil gauche. Elle a déjà été opérée par le procédé de l'excision simple il y a trois mois. Quatre jours après cette opération qui ne s'accompagna pas d'inflammation, elle s'aperçut que des débris de la membrane étaient restés dans l'œil. Depuis, ces débris sans cause connue et sans donner lieu à de la conjonctivité, n'ont cessé de s'accroître, mais c'est dans les derniers quinze jours surtout qu'ils ont pris un développement qui l'inquiète.

Aujourd'hui on constate un ptérygion vasculo-membraneux, dont la pointe repose sur la circonférence cornéenne. Les bords ne sont pas très-nets et se confondent avec la muqueuse saine.

L'opération est pratiquée. — Procédé par déviation.

La conjonctive est coupée par un premier point de suture ; on en applique un second.

Le 23, les fils sont enlevés. Pas d'accidents consécutifs.

Le 15 juin, la guérison est complète.

La malade est vivement engagée à revenir si elle s'aperçoit d'une récidive.

Le 5 août 1876, elle vient voir M. Desmarres pour un chalazion de la paupière supérieure de l'œil droit. Le ptérygion n'a pas laissé de trace.

Obs. VI. — B..., cultivateur, âgé de 36 ans.

Ptérygion interne de l'œil droit ; le début de la maladie remonte à 1870, et le malade, qui n'a jamais eu mal aux yeux avant cette époque, ne sait à quelle cause l'attribuer.

L'année dernière, au mois de février, il semble avoir eu une conjonctivite qu'il a gardé huit jours. Depuis, le ptérygion, d'après ce que raconte le malade, aurait considérablement grossi.

Aujourd'hui 29 mai 1876, l'onglet se présente avec une coloration un peu rouge, une base qui n'est guère plus large que le sommet qui est tres-développé; celui-ci ne s'avance pas sur la cornée, de sorte que la production morbide affecte une forme quadrangulaire.

L'opération proposée est faite quelques instants après. Procédé par déviation modifié.

Pas d'accidents immédiats consécutifs. On n'a pas revu le malade.

Obs. VII. — Le même jour, se présente G.., âgée de 28 ans, mécanicien au chemin de fer.

Il porte à l'œil gauche un ptérygion interne compliqué d'ophthalmie catarhale sur le début duquel il ne peut nous renseigner. Mais nous apprenons qu'il lui arrive fréquemment d'avoir des conjonctivites. Cependant on ne saurait attacher à ces inflammations répétées seules le développement de l'onglet, car le malade vit dans un milieu susceptible par lui seul de donner naissance à cette production morbide.

Quoi qu'il en soit, l'œil gauche est très-rouge et douloureux. Le ptérygion participe à cet état inflammatoire et est traversé de la base au sommet par de nombreux vaisseaux variqueux. Le sommet s'avance à peine sur la cornée à angle aigu, et la base occupe les deux tiers de l'angle interne. La membrane semi-lunaire et la caroncule lacrymale sont hypertrophiées, enflammées, mais distinctes.

L'opération est remise au 1er juin, et on recommande au malade d'user 5 à 6 fois par jour du collyre suivant : Eau 200 gr., sulfate d'alumine 0,20.

Le 1er juin. L'inflammation a diminué, mais est loin d'avoir cessé ; l'opération est pratiquée néanmoins. Procédé par déviation. Collyre au sulfate d'alumine. Compresses d'eau froide.

Le 3. Les points de suture sont enlevés, l'inflammation n'a pas augmenté après l'opération. Le collyre est continué.

Le 8. L'inflammation n'existe plus.

Le 20. Le malade est revu; la guérison est complète. La pointe n'a pas laissé de trace sur la cornée.

Obs. VIII. — Mme L..., femme de ménage, âgée de 39 ans, se présente à la Clinique le 18 septembre 1876, pour un ptérygion

externe droit qui, sans avoir provoqué d'inflammation, se développe rapidement depuis deux mois. Son début remonte à deux ans, sans cause connue.

La base est large et le sommet empiète légèrement sur la cornée. Coloration d'un rouge très-pâle. Rien de particulier dans la forme qui est triangulaire.

L'opération proposée est acceptée. Procédé par déviation.

Le 20. Le fil est enlevé. Pas d'inflammation.

Le 30. Guérison complète.

Obs. IX. — M..., lithographe, âgé de 49 ans. Ptérygion membraneux, très-peu saillant, à base assez large, à pointe très-déliée reposant sur la périphérie de la cornée. La caroncule et la membrane semi-lunaire sont normales.

Opéré le 6 novembre 1876. Procédé par déviation.

Le 7. Le fil est tombé. Pas d'inflammation.

Le 20. La guérison est complète.

Obs. X. — P..., âgé de 40 ans, maçon, se présente à la consultation le 10 novembre pour un ptérygion qu'il porte dans l'angle interne de l'œil droit.

Le malade est brun, d'une constitution robuste, n'accuse aucun antécédent de scrofule. Il est souvent atteint de conjonctivites légères, provoquées sans nul doute par les poussières de toute espèce qu'il reçoit journellement dans les yeux. Il ne peut fixer une époque précise au début de cette petite tumeur dont le développement, suivant sa remarque, devient surtout sensible pendant qu'il est en possession de conjonctivite.

Aujourd'hui, il se présente à nous avec un ptérygion dont la forme est pour ainsi dire trapézoïdale, la base occupe la moitié de l'angle interne de l'œil, sans se confondre ni avec la caroncule ni avec la membrane semi-lunaire ; la pointe repose sur la cornée et s'étend sur une ligne de près de deux millimètres située entre la pupille et le bord cornéen. Il existe en même temps une légère inflammation de la conjonctive, à laquelle prend part la membrane semi-lunaire. L'onglet est rouge et très-vasculaire, ses bords sont très-saillants.

L'opération est pratiquée le jour même. Procédé par déviation modifié. Compresses d'eau froide. Le 11, les fils sont tombés. Collyre à l'alumine.

Pas d'accidents à signaler.

Le 30. La guérison est complète. Il ne reste qu'une petite taie qui ne gêne pas la vision, car elle siége en dehors de la pupille.

Obs. XI. — La femme M..., journalière, âgée de 33 ans, d'une constitution médiocre, tempérament lymphatique, se présente à la clinique de M. Desmarres le 14 novembre 1876.

On constate à l'angle interne de l'œil droit l'existence d'un ptérygion membraneux. Les bords en sont très-nets, la couleur jaunâtre. Quelques gros vaisseaux, traversant la tumeur de sa base à son sommet. La pointe qui est grisâtre dans une très-petite étendue ne dépasse pas le bord cornéen.

Interrogée sur le début de son affection, elle répond que sa tumeur était déjà très-apparente il y a deux ans, lorsqu'elle s'aperçut de son existence sur l'observation d'une de ses amies.

Bien que l'opération ne paraisse pas très-urgente, M. Desmarres est amené à la pratiquer à cause des instances de la malade.

Procédé par déviation.

Le 15. Légère inflammation de l'œil.

Le 16. Le fil de suture est tombé. L'inflammation n'existe plus. La réunion est déjà opérée.

On n'a pas revu la malade.

Obs. XII. — Le 11 décembre 1876, se présente le nommé B..., boucher, âgé de 50 ans.

On constate sur l'œil gauche une large membrane qui, partant de l'angle interne, va en se rétrécissant se terminer aux limites de la cornée sur laquelle elle empiète d'une façon marquée. Le sommet du ptérygion est disposé sur une ligne courbe à la circonférence de la cornée et représente un arc à concavité tournée vers le centre de l'œil. Il est un peu plus saillant que le reste de la tumeur et paraît adhérer plus intimement aux tissus sous-jacents. Les bords supérieurs et inférieurs du ptérygion ne sont pas nettement dessinés, et on passe facilement des parties saines aux parties malades. La base comprend presque en entier tout le côté interne de l'œil. Il n'existe que quelques vaisseaux assez peu volumineux, et dans son ensemble l'onglet offre un aspect jaunâtre.

Le malade prétend n'avoir jamais eu mal aux yeux et fait remonter le début de son affection à dix ou douze ans.

L'opération est pratiquée le 12 décembre. Procédé par déviation modifié.

Le 14. Les fils sont tombés. Il n'existe pas trace d'inflammation.

Le 30. La guérison est complète.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et Histologie normales. — Articulations du pied.

Physiologie. — De la déglutition.

Physique. — Electricité atmosphérique. — Lésions produites par la foudre : Paratonnerre.

Chimie. — Des oxydes d'étain, de bismuth, d'antimoine. Leur préparation. Caractères distinctifs de leur dissolution.

Histoire naturelle. — Des Hirudinées. Leurs caractères généraux. Leur classification. Des sangsues; décrire les diverses espèces de l'hirudiculture.

Pathologie externe. — Du glaucome.

Pathologie interne. — Des accidents qui se rattachent à la dentition.

Pathologie générale. — De l'intermittence dans les maladies.

Anatomie et Histologie pathologiques. — De l'hypertrophie du cœur.

Médeçine opératoire. — De la valeur des amputations de Chopart, de Syme, de Piérigoff, sous-astragalienne et sus-malléolaire, sous le rapport de l'utilité consécutive du membre.

Pharmacologie. — De la glycérine considérée comme dissolvant, caractères de sa pureté. Des glycérolés, comment les prépare-t-on ?

Thérapeutique. Des indications de la médication vomitive ?

Hygiène. — Des bains.

Médecine légale. — Est-il indispensable pour affirmer qu'il y a eu empoisonnement, que la substance toxique ait été isolée ?

Accouchements. — De la rupture prématurée des membres.

Vu : le Président de la thèse,
TRÉLAT.

Vu et permis d'imprimer ;
Le vice-recteur de l'Académie,
A. MOURIER.